



Psicoterapia integrada à espiritualidade

Psychotherapy integrated with spirituality

Marianna Costa¹
 Janaína Siqueira²
 Pedro Henrique Costa de
 Resende³

¹ Universidade Federal de Juiz de
 Fora, Programa de Pós-Graduação
 em Saúde Brasileira, Departamento
 de Medicina, Juiz de Fora, MG.

² Universidade Federal do Rio
 Grande do Sul, Programa de
 Pós-Graduação em Psiquiatria
 e Ciências do Comportamento,
 Departamento de Medicina, Porto
 Alegre, RS.

³ Universidade Federal de Juiz de
 Fora, Programa de Pós-Graduação
 em Psicologia, Departamento de
 Psicologia, Juiz de Fora, MG.

✉ **Marianna Costa**
 Rua Ramiro Barcelos, 2400
 Santa Cecília, Porto Alegre/RS
 CEP 90035-003
 📧 mariannacos@gmail.com

RESUMO

Sabe-se da importância do impacto da religiosidade e espiritualidade (R/E) sobre a saúde mental. Entretanto, existe um grande gap entre este conhecimento e a prática de psicólogos e psiquiatras. Parte deste gap se deve à falta de treinamento dos profissionais de saúde mental em temas dessa natureza. Desta forma, este estudo tem como objetivo oferecer uma breve revisão prática de linhas psicoterapêuticas que contemplam a R/E, visando, em parte, suprir essa carência de treinamento. A partir de uma revisão da literatura, realizou-se o levantamento e a descrição das principais técnicas psicoterapêuticas que contemplam a R/E. As linhas psicoterápicas com interface com a R/E descritas neste estudo são a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia de orientação analítica e a terapia de orientação fenomenológica-existencial.

Palavras-chaves: Psicoterapia; Espiritualidade; Terapia Cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

The impact of religiosity and spirituality (R/S) on mental health is well known. However, there is a large gap between this knowledge and the practice of psychologists and psychiatrists. Part of this gap is due to the lack of training of health professionals in topics of this nature. Thus, this study aims to report a brief practical review of psychotherapeutic lines that address R/S supplying part of this lack of training. First, we performed a literature review and, then, the description of the main psychotherapeutic techniques that contemplate the R/S issues. The psychotherapeutic lines that interface with R/S described in this study are Cognitive-behavioral therapy (CBT), Analytical oriented psychotherapy, and Phenomenological-existential oriented psychotherapy.

Keywords: Psychotherapy; Spirituality; Cognitive-behavioral Therapy.

Submetido: 14/03/2019
 Aceito: 24/10/2019



INTRODUÇÃO

Há um aumento considerável no número de publicações de pesquisas abordando as implicações da religiosidade/espiritualidade (R/E) para a saúde física e mental (MOREIRA-ALMEIDA; STROPPA, 2012). Revisões recentes identificam mais de 3.000 pesquisas na área, que habitualmente encontraram correlação positiva entre R/E e satisfação com a vida, bem-estar psicológico, felicidade, menor ideação suicida, menores níveis de depressão e uso ou abuso de álcool e outras drogas (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Aspectos negativos da R/E também são encontrados, porém, de forma menos prevalente (ZIMPEL et al. 2015).

Da mesma forma, observa-se o crescente interesse em conhecer os impactos da R/E sobre a saúde mental no contexto do trabalho psicoterapêutico. É notório que crenças e práticas religiosas são, frequentemente, pontos centrais na vida de diversos pacientes, pois criam significado de vida (PARGAMENT, 2011), são recursos de enfrentamento e desenvolvem resiliência (ZIMPEL et al., 2015), e, por vezes, podem ser causas de conflito e sofrimento (JOHNSON; HAYES; WADE, 2007). Justifica-se, ainda, abordar a R/E no tratamento psicoterapêutico pois crenças e práticas de R/E repercutem sobre o modo como as pessoas lidam com situações adversas de vida. Dependendo do tipo e do uso, as crenças e práticas de R/E podem proporcionar maior aceitação, firmeza e capacidade de adaptação a situações difíceis de vida ou podem gerar culpa, dúvida, apreensão, tristeza e insegurança.

Evidências consistentes sugerem que protocolos de psicoterapia adaptados à R/E podem ser tão eficazes (LIM et al., 2014) ou até mais eficazes do que os protocolos tradicionais (ANDERSON et al., 2015), especialmente em pacientes religiosos (KOENIG et al., 2015). A adequada abordagem da R/E pode reforçar a habilidade do paciente em lidar melhor com a doença, melhorar a relação paciente/terapeuta e fortalecer a adesão e, assim, aumentar a satisfação com o cuidado e acelerar a recuperação.

Tendo em vista a lacuna existente entre a importância de se abordar a R/E no setting psicoterapêutico e à carência de implementação desta prática devido, em parte, à falta de treinamento dos profissionais, este estudo visa a oferecer uma breve revisão bem como descrever de forma prática sobre linhas psicoterapêuticas diversificadas em que a R/E é contemplada, trazendo assim uma orientação de diretrizes básicas de abordagem da R/E no atendimento em psicoterapia.

REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

Com o objetivo de apresentar diferentes linhas psicoterapêuticas que contemplem a R/E, realizou-se uma revisão de literatura nas bases de dados do Google Scholar, Medline, PubMed e PsycINFO, por meio dos descritores em português: psicoterapia e analítica e religiosidade ou espiritualidade; psicoterapia e Jung e religiosidade ou espiritualidade; psicoterapia e fenomenologia e religiosidade

ou espiritualidade; terapia cognitivo-comportamental e espiritualidade ou religiosidade; e em língua inglesa: psychotherapy and analytic and religiosity or spirituality; psychotherapy and Jung and religiosity or spirituality; psychotherapy and phenomenology and religiosity or spirituality; cognitive-behavior therapy and spirituality or religiosity.

Para os estudos que abordam a terapia cognitivo-comportamental (TCC), selecionou-se as intervenções estudadas em ensaios clínicos randomizados. Devido à falta de ensaios clínicos randomizados que contemplem a psicoterapia de orientação analítica e a psicologia fenomenológica-existencial, selecionou-se os artigos que focaram na prática clínica e incluíram referências a utilização da R/E no setting terapêutico. Apesar de a intenção do trabalho ser uma visão panorâmica, incluímos alguns livros e capítulos de livros como forma de indicar os elementos de complexidade de cada abordagem e, dessa forma, incentivar leitores a aprofundamentos futuros. Também, como considerou-se que a psicoterapia de orientação analítica e a psicologia fenomenológica-existencial são linhas menos conhecidas, fez-se uma breve revisão de suas definições e origens.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC) adaptada à fé

A TCC adaptada à fé consiste em inserir as crenças religiosas e espirituais do paciente em técnicas já consagradas da TCC tradicional. A maioria dos protocolos existentes utiliza o conteúdo religioso e espiritual do paciente para psicoeducação, reestruturação cognitiva e motivação de enfrentamento, e as suas práticas para ativação comportamental. Por vezes, faz-se também necessária a reestruturação de crenças disfuncionais relacionadas a fé bem como do uso de coping religioso e espiritual negativos, que culminam em maior sofrimento. É importante ressaltar que as crenças utilizadas nas sessões são aquelas do paciente, e não do terapeuta, evitando-se o proselitismo. Mesmo que o terapeuta compartilhe da mesma crença do paciente, ele deve estar atendo à forma como o paciente a compreende e interpreta. Outra questão importante é que o uso das técnicas adaptadas deve ser consentido pelo paciente. A decisão de utilizá-las não deve ser embasada simplesmente no fato de o paciente possuir uma religião ou fé.

Quais as evidências da TCC adaptada à fé?

A TCC é a técnica terapêutica adaptada à fé mais estudada. A literatura demonstra, através de ensaios clínicos e revisões sistemáticas que a TCC adaptada à fé pode ser tão ou mais eficaz do que os protocolos padrões (ANDERSON et al., 2015; LIM et al., 2014). Existem pelo menos 10 ensaios clínicos randomizados bem desenhados avaliando a TCC adaptada em transtornos mentais (ARMENTO, 2011; BOWLAND et al., 2012; PECHEUR, 1984; EBRAHIMI et al., 2013; JOHNSON; RIDLEY, 1992; KOENIG et al., 2015; PROPST et al., 1992; PROPST, 1980; RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002). Nesses, os transtornos depressivos são os transtornos mentais mais

estudados (ARMENTO, 2011; PECHEUR, 1984; EBRAHIMI), seguidos pelo transtorno de ansiedade generalizada (RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002) e transtorno de estresse pós-traumático (BOWLAND, 2012).

Os ensaios clínicos demonstram que os protocolos de TCC adaptados são superiores em relação à lista de espera ou ao tratamento de suporte para reduzir sintomas ansiosos e depressivos (ARMENTO, 2011; BOWLAND et al., 2012; EBRAHIMI et al., 2013; PROPST et al., 1992; PROPST, 1980). Em relação à TCC padrão, um estudo encontrou superioridade da intervenção adaptada à fé para sintomas depressivos (PROPST, 1980), enquanto outros, de forma geral, não encontraram superioridade (PECHEUR, 1984; EBRAHIMI et al., 2013; JOHNSON; RIDLEY, 1992; KOENIG et al., 2015; RAZALI et al., 2002). Especificamente, dois estudos encontram superioridade do protocolo adaptado à fé em relação ao padrão para redução de crenças irracionais em pacientes traumatizados (JOHNSON; RIDLEY, 1992) e para as atitudes subjacentes ao conteúdo cognitivo em sintomas depressivos (EBRAHIMI et al., 2013). Koenig et al. (2015) apenas encontraram essa superioridade em pacientes mais religiosos. Ainda, um estudo encontrou superioridade das técnicas adaptadas em relação aos antidepressivos (EBRAHIMI et al., 2013) e outro estudo encontrou que os pacientes melhoravam mais rapidamente dos seus sintomas ansiosos ao serem submetidos a protocolos adaptados quando comparado ao protocolo padrão (RAZALI et al., 2002).

Quais as práticas mais utilizadas na TCC adaptada à fé?

As técnicas comumente adaptadas são a avaliação, as sessões iniciais de psicoeducação e de estratégias motivacionais, intervenções comportamentais, reestruturação cognitiva e técnicas de coping.

A avaliação adaptada adiciona à anamnese tradicional informações referentes à história religiosa e espiritual do paciente. Busca-se compreender de que forma essas crenças, práticas e valores se relacionam com seu quadro atual (ARMENTO, 2011) bem como conhecer a linguagem e símbolos religiosos utilizados pelo paciente (KOENIG et al., 2015). Questionamentos do tipo “quais os aspectos da sua vida espiritual tem sido mais importantes para você? O que tem lhe ajudado? Tem algo que não lhe ajuda?” (BOWLAND et al., 2012, p. XX) são exemplos de como compreender a relação do paciente com sua religiosidade e espiritualidade. Ter o conhecimento de quais práticas religiosas privadas e comunitárias o paciente costuma ou costumava se engajar pode ser uma ferramenta útil para posteriores enfrentamentos fóbicos ou ativação comportamental. Os manuais também encorajam os terapeutas a consultarem literatura específica das crenças dos pacientes. Ainda, neste livro, pode-se consultar um capítulo específico intitulado “Coleta da história espiritual”.

Após a avaliação do paciente, segue-se a psicoeducação do transtorno bem como do racional do

tratamento. Com este intuito, alguns manuais utilizam o conteúdo religioso e espiritual do paciente para realização de uma psicoeducação adaptada (BOWLAND et al., 2012; PECHEUR, 1984; EBRAHIMI et al., 2013; PROPST et al., 1992; PROPST, 1980; RAZALI et al., 2002). Como exemplos, Pecheur e Edwards (1984) revisam os ensinamentos bíblicos sobre si, o mundo e o futuro (tríade cognitiva da depressão de Beck) na psicoeducação de pacientes cristãos deprimidos. Provérbios como “porque como ele (o indivíduo) pensa em seu coração, ele também é” (PROVÉRBIOS 23:7) podem ser utilizados para ilustrar a relação entre pensamentos e emoções (PEARCE et al., 2015), por exemplo. Também, pode-se utilizar provérbios para explicar o racional do tratamento. Em “e não se conforme com este mundo; mas seja transformado pela renovação da vossa mente, para que possas provar o que é bom, e aceitável, e perfeito, a vontade de Deus” (ROMANO 12:2) fica clara a importância da reestruturação cognitiva, por exemplo (PEARCE et al., 2015). Outra adaptação possível é informar ao paciente sobre os benefícios da religiosidade e espiritualidade na saúde mental (ARMENTO, 2011; ZHANG et al., 2002), embasando-se na literatura científica, sem se esquecer das consequências negativas como o uso do coping religioso e espiritual negativos (KOENIG, 2009).

O conteúdo religioso do paciente também pode ser utilizado para estratégias motivacionais adaptadas. Muitas tradições religiosas acreditam que a vida tem um propósito e que Deus espera que os indivíduos progridam. Essas crenças podem motivar o indivíduo a se engajar ao tratamento (KOENIG et al., 2015) e a realizar enfrentamentos em transtornos fóbicos ou a ativação comportamental. Um bom exemplo para motivar o paciente é o uso da oração da serenidade em paciente cristãos (ARMENTO, 2011): “Concedei-me, Senhor a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para conhecer a diferença entre elas (...)” (NIEBUHR, 1951).

Atividades religiosas privadas ou em comunidade podem ser utilizadas para intervenções comportamentais adaptadas. Muitos protocolos utilizam como recursos para ativação comportamental tarefas como ler textos religiosos, meditar sobre passagens religiosas ou rezar (ARMENTO, 2011; BOWLAND et al., 2012; EBRAHIMI et al., 2013; JOHNSON; RIDLEY, 1992; KOENIG et al., 2015; RAZALI et al., 2002). Atividades comunitárias como buscar suporte em um grupo ou instituição religiosos ou se engajar em atividades de caridade também podem ser utilizadas (BOWLAND et al., 2012; KOENIG et al., 2015). Ainda, em consonância com as chamadas terapias comportamentais contextuais, muitos protocolos trabalham valores como perdão, generosidade, altruísmo e compaixão (BOWLAND et al., 2012; KOENIG, 2014; KOENIG et al., 2015; ZHANG et al., 2002).

A reestruturação cognitiva adaptada pode compreender o uso do conteúdo religioso e espiritual do paciente para reestruturação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais (PECHEUR, 1984; EBRAHIMI et al., 2013; KOENIG et al., 2015; PECHEUR, 1980; PROPST et al.,

1992; PROPST, 1980; RAZALI et al., 2002), a reestruturação de pensamentos automáticos negativos e crenças irracionais relacionadas à fé (RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002) e a modificação de cognições distorcidas pela imaginação (KOENIG et al., 2015; PEARCE et al., 2015; PROPST et al., 1992; PROPST, 1980). Assim como na TCC padrão, inicia-se pela identificação de pensamentos automáticos. Porém, nos protocolos adaptados, os terapeutas utilizam os ensinamentos, crenças e valores religiosos do paciente como recursos para a reestruturação cognitiva. Por exemplo, protocolos adaptados aos cristãos usam escrituras bíblicas, enquanto, para muçulmanos, usa-se o Sagrado Alcorão e o Hadith. Com esse intuito, no manual de Koenig et al. (2015), por exemplo, após a verificação dos pensamentos automáticos, questiona-se ao paciente “como sua visão de Deus, sua visão de mundo cristã, a Bíblia e os escritos religiosos, a sabedoria espiritual e outras fontes fornecem evidências que desafiam suas crenças negativas automáticas que você não pode lidar?”. Outro exemplo é utilizar os textos bíblicos, como o de Mateus, para reestruturar a visão negativa de si em pacientes cristãos deprimidos (PECHEUR, 1984): “Olhe para os pássaros do ar, porque nem semeiam, nem colhem nem se juntam em celeiros; ainda assim seu Pai celestial os alimenta. Você não tem mais valor do que eles?” (MATEUS 6:26). Logicamente, quaisquer exemplos de escrituras ou textos sagrados devem ser extraídos especificamente da tradição religiosa do paciente.

Além de reestruturar cognições distorcidas associadas ao transtorno mental em si, alguns protocolos sugerem a reestruturação de pensamentos e crenças negativos relacionados à fé do paciente (RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002). Ou seja, lutas e sofrimentos espirituais e o uso do coping religioso e espiritual negativo devem ser avaliados e reestruturados. Também, a modificação pela imaginação religiosa é uma técnica cognitiva que combina reestruturação cognitiva com técnicas sistemáticas de dessensibilização, visando à modificação de imagens depressivas através do conteúdo religioso (PROPST et al., 1992; PROPST, 1980). O paciente é encorajado a recordar imagens depressivas em detalhes, objetivando estar mais consciente dos seus pensamentos automáticos e distorções cognitivas. Após, incentiva-se que o paciente se imagine lindando com essa situação apoiado pela imagem de Cristo.

Por último, a correção de estratégias de coping religioso negativo pode se fazer necessária (BOWLAND et al., 2012; RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002), pois a dimensão espiritual pode, algumas vezes, ser um campo de conflito e sofrimento (PARGAMENT, 2011). Então, revisar o uso de estratégias de coping religioso negativo (por exemplo, ver Deus como punidor ou que abandona, incapaz de perdoar) e encorajar o uso de estratégias de coping religioso positivo (como suscitar crenças espirituais que dão sentido a questões existenciais e sofrimento, ter um relacionamento seguro com um Deus que perdoa e aceita ou ter um senso de conexão espiritual com os

outros) faz parte de alguns protocolos adaptados (RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002).

Terapia de orientação analítica que contemple a R/E

A psicologia analítica foi fundamentada por Carl Gustav Jung (1875-1961), psiquiatra e psicólogo suíço, ao longo de décadas de trabalho clínico (JUNG, 1961; JUNG, 2016). Apesar de várias biografias escritas sobre o autor (BAIR, 2003; FRANZ, 1997; HANNAH, 2003; JAFFÉ, 2014; POST, 1975; SHAMDASANI, 2005), direcionadas tanto ao público leigo como especializado, e o seu prestígio como um importante pesquisador do século XX (CAMBRAY; SAWIN, 2018), o conhecimento real de sua teoria e a obra permanecem restritos a alguns grupos de pesquisa e sociedades analíticas (SAMUELS, 2010). Neste tópico, nosso objetivo é apresentar o método psicoterápico analítico e demonstrar o seu entrelaçamento com a abordagem da R/E do paciente, algo presente desde os primeiros escritos acadêmicos de Jung (1902; 1983).

Prática psicoterápica e abordagem da R/E

Jung foi um dos primeiros terapeutas a incluir a abordagem à R/E em seu tratamento (INNAMORATI, 2013). Para o pensador suíço, especialmente, pacientes que estão na segunda metade da vida⁴ terão como norteadores terapêuticos alguma questão religiosa ou espiritual (SAWIN; CORBETT; CARBINE, 2014). A vinculação a uma crença religiosa também é vista pela abordagem como método eficaz de combate aos mais diversos tipos de neuroses, e não é incomum que se recomende ao paciente que retome, de forma séria, sua prática espiritual (ELLENBERGER, 1970; STEIN, 2014).

A terapia junguiana compreende vários estágios, nos quais, cada um poderia se constituir em um método próprio⁵. A primeira etapa, ou confissão, consiste em algo semelhante ao que as ordens religiosas manejam em suas organizações, com o intuito do aprimoramento espiritual (MAIN, 2013). Ellenberger (1970) destaca que essa prática muito comum na igreja católica, mas que também se apresenta nas igrejas protestantes, foi aos poucos secularizada e incorporada ao trabalho psiquiátrico e psicológico. Jung introduziu essa proposta em seu atendimento clínico após experimentos no Hospital Psiquiátrico Burghölzli da Universidade de Zurique, conseguindo resultados satisfatórios na melhoria da qualidade de vida de muitos pacientes (JUNG, 1961; JUNG, 2016). A proposta central desta etapa é, que, o paciente, sentindo-se seguro no setting clínico e vinculado ao terapeuta, confesse seus desajustes e inconformações e se conscientize dos elementos escuros de sua personalidade.

A etapa seguinte, esclarecimento, tem como pré-

⁴ Em seu artigo *The Stages of Life* (Os Estágios da Vida), escrito em 1931, Jung enfatizou a transição psicológica que ele via ocorrer na segunda metade da vida, isto é, na meia-idade. Ele ilustra sua tese com farto material clínico (JUNG, 1931; JUNG, 1975; SAMUELS, 1986).

⁵ Jung (1958; 1970) nomeia esses diferentes momentos de: confissão, esclarecimento, educação e transformação. Ellenberger (1970), em seu tratado *The Discover of the Unconscious*, indica esses mesmos momentos como: tratamento do segredo patogênico, método analítico-redutivo, reeducação e encaminhamento a individuação. Esses momentos ou estágios não precisam acontecer em sequência, pois cada um deles possui certa autonomia (JUNG, 1935; 1976).

requisito o relato detalhado do paciente acerca da sua história de vida, seu desenvolvimento e sintomas de seu adoecimento psíquico. O terapeuta então deverá decidir se dará a seu paciente uma terapia analítico-redutora⁶ baseada em princípios freudianos ou adlerianos (JUNG, 1958; JUNG, 1970; JUNG, 1935; JUNG, 1976). No entanto, caso apareçam sonhos de caráter arquetípico⁷, há necessidade de mudar de procedimento e trabalhar com um princípio que Jung nomeou de hermenêutico-sintético⁸ (ELLENBERGER, 1970).

Para Jung o adoecimento psíquico está conjugado com um adoecimento do sistema de relações sociais, uma definição próxima à conceituação de Pierre Janet sobre a neurose (FORDHAM, 2018; JUNG, 1958; JUNG, 1970). Devido à projeção de seus pensamentos e sentimentos distorcidos, o paciente altera suas principais relações, seja com o cônjuge, pais, filhos ou amigos, e ele passa a se sentir envolvido em uma teia de intrigas e desentendimentos no qual ele e os outros se tornam vítimas. A transformação das dificuldades através da alteração de seu olhar sobre si mesmo e sobre o mundo é chamada de educação (FORDHAM, 2018).

No entanto, para certos pacientes, questões morais, existenciais e religiosas, alcançam um nível de desenvolvimento significativamente maior. O método hermenêutico-sintético é então introduzido (JUNG, 1921; JUNG, 1976). O terapeuta passa a estimular a atenção cuidadosa aos sonhos (ELLENBERGER, 1970). Um dos primeiros pesquisadores do tema, Hervey de Saint-Denys, destaca que o desenvolvimento da atenção aos sonhos começa por escrevê-los ao despertar, ou desenhar as imagens oníricas (HOLZINGER, 2009). Jung recomendava ambas as propostas, e, em alguns de seus estudos de caso clínico, são apresentadas as sequências de desenhos de sonhos que indicam o encaminhamento do paciente à individuação⁹ (JUNG, 1939; JUNG, 1980). A etapa final do processo psicoterápico é a responsável pela vinculação do sujeito a uma nova proposta de vida, devido à articulação saudável de elementos inconscientes, analisados nos sonhos, e a consciência, essa etapa é chamada de transformação.

A abordagem da R/E perpassará os diferentes momentos do tratamento, o que está em acordo com as atuais evidências de que o envolvimento religioso está associado a uma melhor qualidade de vida e saúde mental (BRAGHETTA et al., 2011; HENNING-GERONASSO; MORE, 2015; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

Terapia de orientação fenomenológica-existencial que contemple a R/E

A fenomenologia, também chamada de ciência eidética¹⁰, é um método filosófico ou teoria do conhecimento fundamentada por Edmund Husserl (1859-1938), filósofo alemão de origem judaica. (RAFAELI, 2004). As suas obras completas, em grande parte ainda não publicadas, encontram-se nos Arquivos Husserl, da Universidade de Louvain (<https://hiw.kuleuven.be/hua>). Seu trabalho exerceu influência significativa sobre a obra de diversos pensadores, como Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty (DARTIGUES, 2008).

No período contemporâneo, diversos psiquiatras e psicólogos passaram a utilizar a fenomenologia como ferramenta para renovação de suas perspectivas (BOSS, 1977; BOSS, 1994; JASPERS, 1913; JASPERS, 2000; MINKOWSKY, 1966; MINKOWSKY, 2015; TATOSSIAN, 1979; TATOSSIAN, 2006). Dessa forma, a fenomenologia adentrou o campo da saúde mental (GALIMBERTI, 2017; MOREIRA, 2007). Aliada a corrente existencialista, a fenomenologia-existencial se apresenta como uma abordagem que tem contribuído para a reflexão do fenômeno humano (GIORGI, 2008).

Prática psicoterápica e abordagem R/E

Como primeiro passo de sua aplicação prática, a psicologia fenomenológica-existencial prega o 'retorno às coisas mesmas', o chamado método da redução fenomenológica ou epoché, isto é, por entre parênteses pré-conceitos e pré-juízos, característicos da atitude natural do homem em seu cotidiano (CORBETT, 2000; LIMA, 2008).

A atividade da consciência, nesse processo, é eminentemente intencional. É ela que determina o tom e a forma da apreensão das experiências vivenciadas. Não existe objeto que não seja visado por uma consciência, e não existe consciência que não esteja ocupada com um objeto. Daí sujeito e objeto são chamados de noese e noema, pois só existem no contexto de suas relações (ABBAGNANO, 2007).

No setting clínico, portanto, o terapeuta fenomenológico-existencial recebe seu paciente enquanto fenômeno inteiramente novo. Seguindo a proposta da redução, todos os relatos do paciente devem ser recebidos

⁶ Existem, para Jung, pacientes cuja característica principal é uma espécie de hedonismo infantil e desejo de gratificação instintiva, enquanto outros são movidos pelo impulso ao poder e a superioridade. O primeiro grupo deve ser tratado por uma terapia orientada psicanaliticamente e o segundo pelos princípios adlerianos (JUNG, 1921; JUNG, 1976; JUNG, 1958; JUNG, 1970).

⁷ O arquétipo é a parte herdada da psique, padrões de estruturação do desempenho psicológico ligados ao instinto, uma entidade hipotética irrepresentável em si mesma e evidente somente através de suas manifestações, as imagens arquetípicas. Esses conteúdos apresentam características transpessoais (SAMUELS, 1986).

⁸ No método hermenêutico-sintético a interpretação de conteúdos inconscientes, principalmente sonhos, se dá por meio da análise simbólica. A assimilação de sentidos desse material em análise levaria o indivíduo ao desenvolvimento de sua personalidade (JUNG, 1921; JUNG, 1976).

⁹ Jung utilizava o termo individuação para o processo de uma pessoa tornar-se si mesma, inteira, indivisível e distinta de outras pessoas ou da psicologia coletiva (SAMUELS, 1986).

¹⁰ O termo eidético foi introduzido na filosofia contemporânea por Husserl a partir de Investigações lógicas (1900-01) para indicar tudo o que se refere às essências, que são objeto da investigação fenomenológica (ABBAGNANO, 2007).

como vivências inéditas à sua escuta (TAVARES; ANDRADE, 2009). Mesmo que sejam semelhantes a descrições de outros pacientes ou de suas próprias experiências, o terapeuta deve compreender que o contexto vivencial de cada indivíduo é único (EKSI; TAKMAZ; KARDAS, 2016). Somente assim, poderá compreender e analisar o olhar de seu paciente sobre a sua própria vida, avaliar as relações noético-noemáticas que ele estabelece em seu cotidiano, a intencionalidade dos seus comportamentos e o funcionamento da sua atitude natural. A partir disso, o terapeuta auxiliará o paciente, por meio de intervenções reflexivas, a mover a sua percepção da realidade e das relações que o paciente considera inadequadas, buscando conduzi-lo de uma postura não reflexiva para uma postura reflexiva ou atitude fenomenológica (FORGHIERI, 1999).

Os diversos pensadores que dão suporte a teoria fenomenológica-existencial podem ser auxiliares nesse processo de reflexão da realidade (ELKINS et al., 1988). Dentro do contexto clínico, cada terapeuta pode seguir por uma perspectiva específica de estruturação, seja uma abordagem heideggeriana, sartreana, kierkegaardiana, entre outras¹¹. A abordagem é, portanto, um campo vasto de teorias e conceitos. O que une as suas diferentes vertentes é uma postura compreensiva sobre os fenômenos e um olhar reflexivo sobre a existência (ERTHAL, 2004; MAY, 1991).

Em relação à inclusão da R/E no contexto fenomenológico-existencial, vamos encontrar diferentes perspectivas de atuação. Por exemplo, em relação à Logoterapia de Viktor Frankl, o tema é claramente trabalhado a partir da necessidade de contato do indivíduo com o transcendente, sendo esse encontro parte essencial da descoberta de sentido da vida humana (ARRIEIRA et al. 2017; FRANKL, 1988; FRANKL, 2007). O terapeuta, nesse caso, possui um suporte teórico que facilita a abordagem ao assunto (NETO, 2013). Da mesma forma, uma perspectiva terapêutica que utilize como base o modelo existencial kierkegaardiano tem um farto material teórico de suporte para a elaboração de questões espirituais/religiosas de seu paciente (FEIJOO; PROTASIO, 2011). Kierkegaard, inclusive, analisa toda a existência humana como uma passagem por três instâncias, chamadas de estética, ética e religiosa. A religiosidade autêntica seria o supremo valor da existência (KIERKEGAARD, 1843; KIERKEGAARD, 2001; KIERKEGAARD, 1843; KIERKEGAARD, 2017).

No entanto, mesmo aquelas perspectivas não centradas em temas religiosos ou espirituais abrem espaço para reflexões transcendentais e a busca por sentido do paciente (CORRÊA; BROJATO, 2016; CROATTO, 2007; VAZ, 2006). Dessa forma, uma conversão entre os mais recentes estudos sobre os benefícios à saúde provados pela abordagem espiritual/religiosa (KOENIG; KING; CARSON, 2012) encontrará receptividade e adesão dentro das correntes fenomenológico-existenciais.

CONCLUSÃO

A TCC adaptada à R/E possui técnicas já estruturadas e comprovadas em sua eficácia, como a avaliação, estratégias motivacionais, intervenções comportamentais, reestruturação cognitiva e estratégias de coping religioso. A terapia de orientação analítica, já em sua fundamentação por C. G. Jung contemplou a abordagem a R/E em suas diferentes etapas, confissão, esclarecimento, educação e transformação. Da mesma forma, a terapia de orientação fenomenológica-existencial tem como foco a busca de sentido, e muitas de suas vertentes, como a logoterapia, defendem a análise da R/E do paciente como elementos terapêuticos fundamentais.

Uma abordagem centrada no paciente, que contemple sua cultura e, por conseguinte, sua R/E, com respeito e sem proselitismo é fundamental na prática psicoterápica. Este artigo abordou três diferentes linhas psicoterapêuticas, em que a abordagem da R/E é, não somente possível, mas eficaz, demonstrando que independentemente da linha seguida pelo psicoterapeuta, este pode buscar ferramentas que o auxiliem a lidar com esta dimensão que é tão importante na saúde mental de seus pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Comissões. Disponível em: <www.abp.org.br/portal/comissoes-abp>. Acesso em: 18 de junho de 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Spirituality, religion and psychiatry caucus. Disponível em: <<http://spiritualityreligionpsychiatrycaucus.com>>. Acesso em: 18 de junho de 2019.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Society for the psychology of religion and spirituality. Disponível em: <www.apa.org/about/division/div36.html>. Acesso em: 19 de junho de 2019.
- ANDERSON, N. et al. Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 176, p. 183-196, 2015.
- ARMENTO, M. E. A. Behavioral activation of religious behaviors: treating depressed college students with a randomized controlled trial. 2011. Doctoral Dissertation – University of Tennessee, Tennessee.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. *Revista de Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 1-6,

¹¹ As reflexões de diferentes filósofos (por exemplo: Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Kierkegaard) sobre a existência são utilizadas na clínica fenomenológica-existencial (EWALD, 2008). Diversos movimentos psicológicos, também se encontram sobre a definição fenomenológica-existencial, como a Gestalt terapia de Fritz Perls (PERLS, 1969), o Humanismo de Carl Rogers (ROGERS, 1961; ROGERS, 2017), a Logoterapia de Victor Frankl (FRANKL, 1977/2013), a Daseinsanalyse de Medard Boss (BOSS, 1987/2001), entre outros.

2017.

BAIR, D. Jung: uma biografia. São Paulo: Globo, 2003. (v. 1)

BERG, J. H. V. D. O paciente psiquiátrico: esboço de uma psicopatologia fenomenológica. São Paulo: Livro Pleno, 2000.

BOSS, M. Existential foundation of medicine and psychology. Maryland: Jason Aronson Inc., 1994.

BOSS, M. (Ed.) Martin Heidegger Zollikon Seminars. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 2001.

BOWLAND, S.; EDMOND, T.; FALLOT, R. D. Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Social Work*, v. 57, n. 1, p. 73-82, 2012.

BRAGHETTA, C. C. et al. Comentários sobre religiosidade e esquizofrenia. *Arquivos Médicos*, v. 56, n. 2, p. 112-113, 2011.

BROOKE, R. Jung's recollection of the life-world. In: BROOKE, R. (Ed.). *Pathways into the Jungian world: phenomenology and analytical psychology*. London: Routledge, 2000, p. 11-23.

BYGOTT, C. The red book and clinical practice. *Journal of Analytical Psychology*, v. 57, p. 455-461, 2012.

CAMBRAY, J.; SAWIN, L. (Eds.). *Research in analytical psychology*. New York: Routledge, 2018.

CORBETT, L. Jung's approach to the phenomenology of religious experience: a view from the consulting room. In: BROOKE, R. (Ed.). *Pathways into the Jungian world: phenomenology and analytical psychology*. London: Routledge, 2000, p. 103-120.

CORRÊA, P. A.; BROJATO, H. C. Experiência religiosa e saúde: uma perspectiva fenomenológica. *Revista Científica*, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2016.

CROATTO, J. S. As linguagens da experiência religiosa: uma introdução à fenomenologia da religião. São Paulo: Paulinas, 2007.

DARTIGUES, A. O que é a fenomenologia? São Paulo: Centauro, 2008.

EBRAHIMI, A. et al. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced Biomedical Research*, v. 2, n. 53, 2013.

EKSI, H.; TAKMAZ, Z.; KARDAS, S. Spirituality in psychotherapy settings: a phenomenological inquiry into the experiences of turkish health professionals. *Spiritual Psychology and Counseling*, v. 1, n. 1, p. 89-108, 2016.

ELKINS, D. N. et al. Toward a humanistic phenomenological spirituality: definitions, description and measurement. *Journal of Humanistic Psychology*, v. 28, n. 4, p. 5-18, 1988.

ELLENBERGER, H. F. The discovery of the unconscious: the history

and evolution of dynamic psychiatry. New York: Basic Books, 1970.

ERTHAL, T. C. S. Treinamento em psicoterapia vivencial. São Paulo: Livro Pleno, 2004.

EWALD, A. P. Fenomenologia e existencialismo: articulando nexos, costurnado sentidos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 8, n. 2, p. 149-165, 2008.

FEIJOO, A. M. L. C.; PROTASIO, M. M. Análise existencial: uma psicoterapia de inspiração Kierkegaardiana. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 63, n. 3, p. 72-88, 2011.

FORDHAM, M. *Jungian psychotherapy: a study in analytical psychology*. London: Routledge, 2018.

FORGHIERI, Y. C. *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas*. São Paulo: Pioneira, 1999.

FRANKL, V. A presença ignorada de Deus. Petrópolis: Vozes, 2007.

FRANKL, V. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 2013.

FRANZ, M. L., C. G. Jung: seu mito em nossa época. São Paulo: Cultrix, 1997.

GALIMBERTI, U. *Psiquiatria e fenomenologia*. Milão: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 2017.

GIBBONS, B. *Spirituality and the occult*. London: Routledge, 2013.

GIORGI, A. Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In: POUPART, J. (Org.). *A pesquisa qualitativa enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 386-409.

GOTO, T. A. *Introdução à psicologia fenomenológica: a nova psicologia de Edmund Husserl*. São Paulo: Paulus, 2014.

HANNAH, B. Jung vida e obra: uma memória biográfica. São Paulo: Artmed, 2003.

HENNING-GERONASSO, M. C.; MORE, C. L. O. Influência da religiosidade/espiritualidade no contexto psicoterapêutico. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 35, n. 3, p. 711-725, 2015.

HOLZINGER, B. Lucid dreaming: dreams of clarity. *Contemporary Hypnosis*, v. 26, n. 4, p. 216-224, 2009.

HUSSERL ARCHIVES LEUVEN. KU Leuven. Disponível em: <<https://hiw.kuleuven.be/hua>>. Acesso em: dia mês ano.

INNAMORATI, M. Jung: Pensatori/34. Roma: Carocci Editore, 2013.

JAFFÉ, A. *From the Life and Work of C. G. Jung*. Einsiedeln: DaimonVerlag, 2014.

JASPERS, K. *Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

- JOHNSON, C. V.; HAYES, J. A.; WADE, N. G. Psychotherapy with troubled spirits: a qualitative investigation. *Psychotherapy Research*, v. 17, p. 450-460, 2007.
- JOHNSON, W. B.; RIDLEY, C. R. Brief christian and non-christian rational-emotive therapy with depressed christian clients: an exploratory study. *Counseling and Values*, v. 36, n. 3, p. 220-229, 1992.
- JUNG, C. G. *Practice of psychotherapy*. Princeton: Princeton University Press, 1970.
- Psychology and religion. In: JUNG, C. G. *Psychology and religion west and east*. New York: Princeton University Press, 1973.
- The transcendent function. In: JUNG, C. G. *Structure and dynamics of the psyche*. Princeton: Princeton University Press, 1975.
- JUNG, C. G. The stages of life. In: JUNG, C. G. *Structure and dynamics of the psyche*. Princeton: Princeton University Press, 1975.
- _____. *Psychological Types*. Princeton: Princeton University Press, 1976.
- _____. The Tavistock lectures. In: JUNG, C. G. *The symbolic life*. Princeton: Princeton University Press, 1976.
- _____. *Conscious, unconscious and individuation*. In: JUNG, C. G. *Archetypes and the collective unconscious*. Princeton: Princeton University Press, 1980.
- _____. *Analytical psychology and education*. In: JUNG, C. G. *Development of personality*. Princeton: Princeton University Press, 1981.
- _____. *Psychophysical investigations with the galvanometer and pneumograph in normal and insane individuals*. In: JUNG, C. G. *Experimental researches*. Princeton: Princeton University Press, 1981.
- _____. *On the psychology and pathology of so-called occult phenomena*. In: JUNG, C. G. *Psychiatric studies*. Princeton: Princeton University Press, 1983.
- _____. *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.
- KIERKEGAARD, S. *Ou – Ou, um fragmento de vida*. Lisboa: Relógio D'Água, 2017.
- _____. *Temor e tremor*. São Paulo: Hemus, 2001.
- KOENIG, H. G. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 54, n. 5, p. 283-291, 2009.
- KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- KOENIG, H. G. *Cognitive behavioral treatments for depression in patients with chronic illness (protocol)*. 2014. Disponível em: <<http://spiritualityandhealth.duke.edu/images/pdfs/Full%20Protocol.pdf>>.
- KOENIG, H. G. et al. Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: a pilot randomized trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 203, n. 4, p. 243-251, 2015.
- LIM, C. et al. Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 9, p. 3-12, jun. 2014.
- LIMA, B. L. Alguns apontamentos sobre a origem das psicoterapias fenomenológico-existenciais. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 14, n. 1, p. 28-38, 2008.
- MAIN, R. Secular and religious: the intrinsic doubleness of analytical psychology and the hegemony of naturalism in the social sciences. *Journal of Analytical Psychology*, 58, p. 366-386, 2013.
- MAY, R. *A descoberta do ser: estudos sobre a psicologia existencial*. Rio de Janeiro: Rocco, 1991.
- MELLO, L. C. *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatria rebelde*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2009.
- MELO, W. *Nise da Silveira*. São Paulo: Imago, 2001.
- MELO, W.; FERREIRA, A. P. Clínica, pesquisa e ensino: Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 16, n. 4, p. 555-569, 2013.
- MINKOWSKY, E. *Trattato di psicopatologia*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2015.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Religious and mental health. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; STROPPIA, A. Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram? *Revista Debate em Psiquiatria*, v. 2, p. 34-41, 2012.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 36, n. 2, p. 176-182, abr/jun. 2014.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry*, v. 15, n. 1, p. 87-88, Feb. 2016.
- MOREIRA, V. *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo: Annablume, 2007.
- MÜLLER, W. *Deixar-se tocar pelo sagrado*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- NETO, V. B. L. *A espiritualidade em logoterapia e análise existencial*:

o espírito em uma perspectiva fenomenológica e existencial. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 19, n. 2, p. 200-229, 2013.

PARGAMENT, K. I. *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: The Guilford Press, 2011.

PEARCE, M. J. et al. Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy on generosity in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. *Spirituality in Clinical Practice*, v. 2, n. 3, p. 202-215, 2015.

PECHEUR, D. R. A comparison of the efficacy of secular and religious cognitive behavior modification in the treatment of depressed Christian college students. Doctoral Dissertation –Rosemead School of Psychology, California, 1980.

PECHEUR, D. R.; EDWARDS, K. J. A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed Christian college students. *Journal of Psychology and Theology*, v. 12, n. 1, p. 45-54, 1984.

PERLS, F. *Gestalt: terapia explicada*. São Paulo: Summers editorial, 1969.

PESSANHA, P. P.; ANDRADE, E. R. Religiosidade e prática clínica: um olhar fenomenológico-existencial. *Perspectivas*, v. 3, n. 10, p. 75-86, 2009.

POST, L. V. D. *Jung and the story of our time*. New York: Pantheon Books, 1975.

PROPST, L. R. The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, v. 4, n. 2, p. 167-178, 1980.

PROPST, L. R. et al. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 60, n. 1, p. 94-103, 1992.

RAFAELI, R. Husserl e a Psicologia. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 211-215, 2004.

RAZALI, S. M.; AMINAH, K.; KHAN, U. A. Religious-cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. *Transcultural Psychiatry*, v. 39, n. 1, p. 130-136, 2002.

ROGERS, C. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. The spirituality and psychiatry special interest group (SPSIG). Disponível em: <www.rcpsych.ac.uk/spirit>. Acesso em: 15 de julho de 2019.

SAMUELS, A. *Dicionário crítico de análise junguiana*. Rio de Janeiro: Rubedo, 1986.

_____. New developments in the post-Jungian field. In: YOUNG-EISENDRATH, P. (Ed.). *The Cambridge companion to Jung*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, p. 1-18.

SAWIN, L.; CORBETT, L.; CARBINE, M. Jung and aging: possibilities and potentials for the second half of life. *Journal of Analytical Psychology*, v. 60, n. 3, p. 419-423, 2014.

SILVA, L. V.; SILVA, S. S. Uma abordagem fenomenológica na compreensão da mediunidade. *Interações: Cultura e Comunidade*, v. 9, n. 16, p. 266-292, 2014.

SCHMIDT, M. Influences on my clinical practice and identity: jungian analysis on the couch – what and where is the truth of it? *Journal of Analytical Psychology*, v. 59, n. 5, p. 661-679, 2014.

SHAMDASANI, S. *Jung stripped bare by his biographers, even*. London: Karnac, 2005.

STEIN, M. *Minding the self: jungian meditations on the contemporary spirituality*. London: Routledge, 2014.

STEVENS, A. *Jung*. São Paulo: L&PM Pocket, 2012.

TATOSSIAN, A. *A fenomenologia das psicoses*. São Paulo: Escuta, 2006.

TAVARES, J. P.; ANDRADE, C. G. A escuta fenomenológica comprometida pela ótica religiosa de uma gestalt-terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 15, n. 1, p. 21-29, 2009.

VAZ, C. M. O sagrado e a experiência do sagrado na psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 12, n. 2, p. 77-88, 2006.

WORLD PSYCHIATRY ASSOCIATION. Section on religion, spirituality and psychiatry. Disponível em: <www.religionandpsychiatry.com>. Acesso em: 18 de junho 2019.

ZIMPEL, R. R.; MOSQUEIRO, B. P.; ROCHA, N. S. Spirituality as a coping mechanism in mental disorders. *Debates em Psiquiatria*, p. 28-30, mar./abr. 2015.

ZHANG, Y. et al. Chinese taoist cognitive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China. *Transcultural Psychiatry*, v. 39, n. 1, p. 115-129, 2002.